（様式第１号）

坂井市任意予防接種実施依頼書発行申請書

申請日：　　年　　月　　日

坂井市長　様

住　　所　坂井市

申請者氏名
接種者との関係（　　）
電話番号（日中連絡のとれる番号）：

下記の理由により任意予防接種依頼書の発行を申請します。（当てはまる理由に〇をつけて下さい。）

1　障害・疾病等により指定医療機関で予防接種を受けることが困難である
2　大人の風しん予防接種の接種を希望する
3　その他（　　）

太枠内を記入してください。

接種を受ける人の氏名	(フリガナ)	
	生年月日	年　　月　　日（　　歳　　カ月）
住所	〒 坂井市	
予防接種の種類 ※今回申請するものに〇をつけてください。	流行性耳下腺炎	
	こどもインフルエンザ	１回目　　２回目
	大人の風しん	
接種を受ける医療機関	医療機関名	
	住　　所	
	電話番号	

※記入後、坂井市健康増進課へ郵送またはご持参ください。
※接種時点で、坂井市に住所がない場合は助成対象にはなりません。
※助成期間外の接種は、助成対象になりません。

送付先：〒919-0592　福井県坂井市坂井町下新庄１－１
坂井市役所健康増進課　予防接種係
電話番号：０７７６－５０－３０６７